



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4*



1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2019	4-Data de Autorização 12/10/2019	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10347387	7-Data Validade da Sessão 11/11/2021	1138401 INTERCÂMBIO						
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 000202549990300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome GEOVANA OSORIO BETTKER		14-Telefone 23/11/1983	15-Nome do titular do plano GEOVANA OSORIO BETTKER									
Dados do Contratado (Responsável pelo Tratamento)												
16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALINE DA SILVA SARTOR	18-Número na CRO 24305	19-UF RS	20-Código CBO 8	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03098163003	22-Nome do Contratado Encarregado ALINE DA SILVA SARTOR	23-Número na CRO 24305	24-UF RS	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200							
26-Nome do Profissional Encarregado ALINE DA SILVA SARTOR		27-Número na CRO 24305	28-UF RS	29-Código CBO 8								
Tabela de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00851001196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00			12/10/2019		
2	00851002000	RESTAURAÇÃO RESINA	24	MO	1	88,00	0,00			12/10/2019		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 149,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/10/2019, Cxs do Sr. Vitor

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/10/2019, Cxs do Sr. Aline

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/2019, Cxs do Sr. Geovana Osorio Bettker

53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/10/2019, Cxs do Sr. RS

S. Sartor

S. Sartor

Geovana Osorio Bettker

Dr. Aline S. Sartor
Cirurgiã - Dentista
CRO - 24305